FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1912-1913 N° 1021

DE LA

DIVERTICULITE

DE MECKEL

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 24 Juillet 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

WALSER (Daniel-Prosper-Ferdinand)

Né le 22 Juin 1887, à Belfort (Haut-Rhin)

Examinateurs de la Thèse :	MM. WEISS	professeur. .	*Président.*
	ROHMER	professeur. .	*Juges.*
	SENCERT	agrégé	
	BINET	agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE ALBERT BARBIER
4, QUAI CHOISEUL, 4

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1912-1913 **N° 1021**

DE LA

DIVERTICULITE

DE MECKEL

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 24 Juillet 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

WALSER (Daniel-Prosper-Ferdinand)

Né le 22 Juin 1887, à Belfort (Haut-Rhin)

ACAD. LUGD.BAT. BIBL.

Examinateurs de la Thèse :

MM.	WEISS	professeur. .	*Président.*
	ROHMER	professeur. .	*Juges.*
	SENCERT	agrégé	
	BINET	agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE ALBERT BARBIER
4, QUAI CHOISEUL, 4

1913

UNIVERSITE DE NANCY. FACULTE DE MEDECINE

Doyen : M. GROSS, O ✻, I ⊕.
Assesseur : M. WEISS, ✻, I ⊕.
Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, ✻, I ⊕ ; NICOLAS, I ⊕ ; PRENANT, ✻, I ⊕, BERNHEIM, O ✻, I ⊕.

Professeurs : MM.

Clinique chirurgicale	GROSS, O ✻, I ⊕.
Physique médicale	CHARPENTIER, ✻, I ⊕.
Médecine opératoire	CHRÉTIEN, I ⊕.
Clinique chirurgicale	WEISS, ✻, I ⊕.
Chimie médicale et toxicologie	GARNIER, I ⊕.
Clinique médicale	SPILLMANN, I ⊕.
Clinique obstétricale et Accouchements	A. HERRGOTT, ✻, I ⊕.
Hygiène	MACÉ, I ⊕.
Clinique médicale	SIMON, I ⊕.
Physiologie	MEYER, ✻, I ⊕.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	ETIENNE, I ⊕.
Histoire naturelle médicale	VUILLEMIN, I ⊕.
Clinique ophtalmologique	ROHMER, I ⊕.
Médecine légale	PARISOT, ✻, I ⊕.
Clinique des maladies des enfants	HAUSHALTER, I ⊕.
Histologie	BOUIN, I ⊕.
Anatomie descriptive	ANCEL, I ⊕.
Anatomie pathologique	HOCHE, I ⊕.

Professeurs-adjoints : MM.

Clinique d'électrothérapie (1)	GUILLOZ, ✻, I ⊕.
Pathologie externe	VAUTRIN, I ⊕.

Chargés de Cours complémentaires : MM.

Clinique des maladies des vieillards.	RICHON, A ⊕, agrégé.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	L. SPILLMANN, I ⊕, agrégé libre
Accouchements	SCHUHL, I ⊕, agrégé libre.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie (1)	FRŒLICH, I ⊕, id.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie (1)	JACQUES, I ⊕, id.
Clinique des voies urinaires (1)	ANDRÉ, I ⊕, id.
Clinique des maladies mentales	PARIS, I ⊕.
Médecine opératoire	MICHEL, I ⊕, agrégé libre.
Thérapeutique et Matière médicale.	ZILGIEN, I ⊕, id.

Agrégés en exercice

MM. GUILLOZ, ✻, I ⊕.	MM. COLLIN, A ⊕.	MM. BUSQUET.
LAMBERT, I ⊕.	DUFOUR, I ⊕.	LUCIEN, A ⊕.
RICHON, A ⊕.	SENCERT, A ⊕.	BINET.
G. GROSS, I ⊕.	ROBERT, A ⊕	PERRIN, A ⊕.
FRUHINSHOLZ, I ⊕.		

Agrégés libres

MM. REMY, A ⊕, FÉVRIER, O ✻, I ⊕, ZILGIEN, I ⊕, FRŒLICH, I ⊕, SCHUHL, I ⊕, JACQUES, I ⊕, ANDRÉ, I ⊕, MICHEL, I ⊕, L. SPILLMANN, I ⊕.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ✻, ⚓, I ⊕, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de profonde affection et de reconnaissance

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR WEISS

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Avec l'expression de notre respectueuse gratitude pour l'honneur qu'il nous fait de présider notre thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROHMER

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SENCERT

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a éclairé de ses conseils, nous donnons l'assurance de notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BINET

A TOUS MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

CHAPITRE PREMIER

EMBRYOLOGIE ET DÉFINITION

Dans le premier mois de la vie intra-utérine, la vésicule ombilicale communique avec le tube intestinal par un canal large et court, le canal omphalo-mésentérique. Vers la cinquième semaine, cet intestin moyen, d'abord rectiligne, décrit une courbe dont la partie la plus saillante pénètre dans la cavité du cordon ombilical. Cette partie saillante se continue avec le canal vitellin. Au-dessous de l'insertion du canal vitellin, sur la branche inférieure de l'anse, se forme un léger renflement qui constituera le cæcum et l'appendice vermiforme.

Dans le courant du 3e mois, par suite de l'achèvement de la paroi abdominale, et du rétrécissement de l'ombilic cutané, se produit la séparation du canal omphalo-mésentérique de l'anse vitelline sur laquelle il est implanté.

Allen admet que « le retrait de l'anse vitelline, étant

donnée la situation fixe de la vésicule ombilicale à l'extérieur, fait étirer le conduit vitellin de façon qu'il se brise probablement bientôt et est alors rapidement résorbé ».

On conçoit que le canal vitellin puisse demeurer. On le retrouvera alors à terme sous diverses formes dont la plupart sont des monstruosités pathologiques.

Forgue et Riche définissent ainsi le vrai diverticule de Meckel :

« Appendice de l'intestin grêle, naissant le plus sou-
« vent de la partie inférieure de l'iléon à moins d'un
« mètre du cæcum ; unique, il s'implante habituelle-
« ment mais non toujours sur la convexité de l'intestin
« grêle. De dimensions variables, il revêt 3 formes
« principales :

« 1° Diverticule fixé à l'ombilic ouvert ou non à
« l'extérieur ;

« 2° Diverticule fixé en un autre point de la cavité
« abdominale ou aux viscères, le plus souvent au
« mésentère ;

« 3° Diverticule entièrement libre dans l'abdomen.

« Dans ces trois formes il peut exister un méso-diver-
« ticule, mais ce n'est pas la règle. Dans ces trois formes
« on peut quelquefois déceler les restes des vaisseaux
« omphalo-mésentériques, perméables sur une plus
« ou moins grande étendue, ou bien entièrement trans-
« formés en un cordon fibreux. L'origine vitelline n'est
« donc pas douteuse dans les trois cas. La configuration
« intérieure et la structure rappellent absolument celle
« de l'intestin ».

CHAPITRE II

HISTORIQUE

La pathologie du diverticule de Meckel remonte à sa découverte, mais son inflammation, la diverticulite proprement dite, est de date assez récente.

Dans le courant du XIX^e^ siècle, beaucoup d'observations sont publiées sous le nom d'occlusion par le diverticule de Meckel et mentionnent, mais sans insister, les lésions gangréneuses ou inflammatoires de celui-ci. En 1824, Rayer signale dans une observation que « toutes les membranes du diverticule étaient gangrénées en un point ». Denurge rapporte l'autopsie faite en 1847 à l'hôpital Ste-Marguerite, d'un homme qui succomba avec des accidents de péritonite : « On trouva que la rupture de l'intestin était due à un noyau de cerise qui avait pénétré dans un diverticulum et qui avait ulcéré son fond ». Pitz en 1884 rapporte la description de la pièce 2296 du Warren 'S Museum, diver-

ticule qui porte sur sa face interne trois grands abcès tuberculeux.

Les premiers en France, Picqué et Guillemot au Congrès de chirurgie de 1897 décrivent « les suppurations du diverticule de Meckel, simulant l'appendicite » et proposent le terme de Diverticulite. Avec les progrès de la chirurgie abdominale aseptique, des études et des observations nouvelles ont été publiées. Nous signalerons la thèse de Blanc, en 1899 et surtout le remarquable travail qu'ont publié en 1907 Forgue et Riche, et dans lequel ils rapportent 39 nouveaux cas de diverticulite.

MM. Labey, Lecène et Lejars, ont signalé tout récemment des cas très intéressants à la Société anatomique de Paris et dans la « Semaine médicale ».

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE — FRÉQUENCE DIVERTICULITE ET APPENDICITE

Les assez nombreuses observations publiées sur le diverticule de Meckel dans ces dernières années prouvent qu'il vaut mieux — ou pis — que sa réputation traditionnelle d'anomalie ou d'exception et qu'en clinique journalière il y a à compter avec lui.

Les anciens traités d'autopsie signalaient un diverticule pour mille. Augier trouve 2 %. Forgue et Riche donnent comme moyenne en se basant sur plusieurs statistiques, un diverticule pour 70 sujets et ils pensent être en dessous de la vérité. Une statistique publiée par la Société anatomique de Grande-Bretagne indique 16 diverticules pour 769 cas, soit environ 2 %. En 1902, sur un total de 4.814 autopsies provenant de sources diverses, Hilgenreiner comptait 90 diverticules, soit 1 diverticule pour 54 sujets. Tout récemment, M. Karl

Dœpfner (de Lucerne) sur un total de 1.822 autopsies, notait 14 diverticules, soit 1 pour 130. La moyenne de ces diverses statistiques donne approximativement 1/77.

Ces diverses statistiques que nous estimons être encore en dessous de la réalité prouveraient en tous cas que le diverticule est loin d'être aussi exceptionnel qu'on l'admet encore généralement. De plus ces statistiques se rapportent à des diverticules, non pathologiques et dans la plupart des cas à des adultes. Or, comme nous le verrons plus loin, le diverticule devient très facilement pathologique et en général n'attend pas pour cela un âge très avancé. Forgue et Riche, dans une statistique portant sur 200 cas, donnent la proportion suivante : 142 avant 30 ans et 48 après cet âge. Sur 8 cas que rapporte Bienvenue, il note 6 enfants de 2 ans et demi à 16 ans, 1 homme de 21 ans et 1 de plus de 30 ans. Il n'est donc pas illogique de penser que, si les chiffres des statistiques sont relativement faibles, cela tient à la disparition avant l'âge adulte de nombreux porteurs de diverticules.

Ce qui paraît incontestable c'est la plus grande fréquence du diverticule dans le sexe masculin. Dans leur statistique personnelle, Forgue et Riche distinguent 2 catégories de cas : 1° Les diverticules non pathologiques au nombre de 104 dont 82 hommes, 11 femmes et 11 de sexe indéterminé ; 2° les diverticules pathologiques, au nombre de 494 dont 366 hommes, 82 femmes, 46 de sexe indéterminé. D'où un rapport, dans le premier cas 8 fois et dans le second 4 fois et demi plus grand pour le sexe masculin que pour le sexe féminin. Dans la période 1907-1910, M. le professeur Schmidt,

directeur de l'Institut anatomo-pathologique de Zurich trouvait 1 diverticule pour 102 hommes et 1 pour 214 femmes.

Enfin la race Anglo-Saxonne semble être plus atteinte par les accidents diverticulaires, mais peut être le plus grand nombre d'observations recueillies par les auteurs anglais tient-il à une étude plus approfondie de l'affection.

Toutefois ce n'est pas la diverticulite qui domine la pathologie du diverticule ; ce sont plutôt les accidents d'occlusion mécanique causés par sa présence. En effet, dans les statistiques de Forgue et Riche, alors que l'occlusion mécanique entre dans 300 des cas, la diverticulite ne figure que dans une soixantaine. Cependant, si l'on considère que l'étude de la diverticulite est de date relativement récente, en comparaison des autres accidents diverticulaires, si l'on tient compte de ce que le nombre des observations de diverticulite a été en croissant au fur et à mesure des progrès de la chirurgie abdominale, on peut penser que nombreux sont les cas qui ont été méconnus.

En nous reportant à la définition qu'ont donné Forgue et Riche du vrai diverticule de Meckel, nous avons vu que celui-ci peut, ou être fixé à l'ombilic ou en un autre point de la cavité abdominale, ou pendre librement dans l'abdomen. Il est évident que le diverticule fixé à l'ombilic aura beaucoup plus de chances d'échapper à l'infection que le diverticule libre ou fixé en position basse qui réalise beaucoup plus facilement les conditions nécessaires ou favorables à l'installation de cette infection.

Nous allons voir si ces conditions sont les mêmes pour le diverticule que pour l'appendice et nous essayerons d'établir un rapport, toutes proportions gardées, entre l'inflammation de l'appendice, organe normal et celle du diverticule, monstruosité anatomique. Il est d'abord un fait d'expérience, c'est que l'appendice donne rarement lieu à des phénomènes pathologiques, étant donnée son existence normale, alors que c'est le contraire qui a lieu pour le diverticule. Il semblerait, à première vue, que le diverticule par sa position sur la route directe des matières et par son large abouchement habituel avec l'intestin, s'il laisse facilement pénétrer les déchets intestinaux, ne met du moins pas obstacle à leur sortie et a donc moins de tendance à devenir le siège de phénomènes inflammatoires que l'appendice qui, suivant l'expression de Reclus est un « cæcum du cæcum », et siège à un endroit qui constitue un lieu d'élection pour la stagnation des matières. De plus, quand il est situé en position haute les matières ne peuvent guère y pénétrer que par reflux et en sortent par la simple action de la pesanteur. Et de fait, dans ces cas, le diverticule échappe le plus souvent à l'infection.

Mais à côté de ces conditions favorables il en est d'autres qui rendent les accidents inflammatoires du diverticule beaucoup plus graves que ceux de l'appendice. La riche vascularisation de ce dernier explique en effet la rareté relative de sa gangrène. Au contraire, il n'est pas rare de trouver des perforations gangréneuses du diverticule et sa gangrène totale a même été signalée. L'appendice est pourvu de valvules, qui, si elles

facilitent la formation du « vase clos » s'opposent cependant dans une certaine mesure à la pénétration des corps étrangers. Enfin les adhérences, cependant fréquentes dans l'appendicite, sont beaucoup moins graves que dans la diverticulite : en effet, il est rare de voir l'appendice adhérer à l'intestin grêle de manière à former un anneau sous lequel puisse s'engager l'intestin. Il adhère en général au cæcum ou au petit bassin et, si graves que puissent être ces adhérences, elles le sont beaucoup moins que celles du diverticule fixant l'intestin grêle, organe se déplaçant et se contractant avec la plus grande facilité. De là, la grande fréquence des occlusions intestinales dans les diverticulites. C'est également ce qui explique qu'alors que les appendicites à péritonite enkystée sont relativement fréquentes, ce sont au contraire les péritonites généralisées qui ont le pas dans les complications des diverticulites.

Il est d'ailleurs des cas où diverticulite et appendicite peuvent évoluer simultanément sans qu'on puisse affirmer quelle lésion a été primordiale. L'observation suivante où la concomitance des deux affections vient compliquer l'aspect clinique en est une preuve.

OBSERVATION I
(Potier)

Une personne à notre service, âgée de 32 ans, est prise de douleurs dans le ventre, coïncidant avec l'arrêt brusque de ses règles, parues le jour même dans l'après-midi du lundi 21 juin 1909. Elle impute l'arrêt de ses règles à un refroidissement, car elle a reçu sur le dos ce jour même, pendant un quart d'heure,

une averse assez forte, étant vêtue des vêtements légers que comportait la saison.

Les jours suivants elle continue son service, quoique ressentant quelques douleurs abdominales.

Trois jours après, le jeudi soir, elle est obligée de s'aliter, en proie à des douleurs violentes, diffuses dans tout l'abdomen. Elle est prise de vomissements, alternant avec une diarrhée intense, qui l'oblige à rester levée une partie de la nuit. Le lendemain matin, le facies est grippé, avec aspect péritonéal ; le ventre est douloureux à la pression sur toute son étendue. La fièvre ne dépasse pas 38°.

Les deux jours suivants, le tableau reste le même avec alternatives de calme et de douleurs abdominales ; la diarrhée disparaît, la douleur se limite dans la région pelvienne. Vu la suppression brusque des règles qui ne sont pas reparues depuis le commencement de la semaine, nous sommes disposés à envisager quelque inflammation des annexes, pour expliquer un tel état péritonéal et nous conduisons la malade à l'hôpital Beaujon, où elle est admise dans le service de notre maître M. le Dr Michaux, le dimanche 27 juin.

Le lendemain à la visite nous présentons la malade à M. Michaux. Les douleurs abdominales se sont calmées consécutivement à l'application de glace. M. le Dr Michaux pratique le toucher vaginal et constate qu'il n'existe aucun point douloureux, ni aucun empâtement du côté des annexes. Le diagnostic est réservé. Les jours suivants, la douleur se localise nettement dans la région de l'appendice ; la résistance musculaire apparaît notable dans la même région : la sensation de tuméfaction profonde se perçoit bientôt. Il paraît bien qu'il s'agit d'une crise d'appendicite. La fièvre reste peu marquée, 38° au plus le soir avec rémittence matinale.

Le traitement de l'appendicite est constitué : repos, diète rela-

tive, glace au moment des douleurs, en vue du refroidissement de la lésion.

La malade reste un mois en observation. La résolution ne paraît pas se faire d'une façon nette, la tuméfaction profonde reste appréciable, la douleur à la pression dans la fosse iliaque droite est facilement provoquée. Pourtant un calme relatif s'est établi.

Vers le 20 juillet, une récidive de crise se produit avec douleurs s'irradiant dans tout l'abdomen. La malade qui s'était levée pendant quelques jours est obligée de reprendre le lit. Les forces déclinent rapidement, elle a beaucoup maigri, son teint est devenu terreux. Elle n'a toujours pas de température, mais la tuméfaction péri-appendiculaire reste sensible.

Nous insistons pour que M. le Dr Michaux abandonne la temporisation jusqu'ici rationnellement pratiquée. Il se rend à notre désir et l'opération est décidée pour le 29 juillet.

Après l'incision classique de l'appendicite et l'ouverture de la cavité péritonéale, M. le Dr Michaux explorant avec le doigt la profondeur de la cavité pour la recherche de l'appendice, rencontre en avant du cæcum un diverticule intestinal, accolé par son extrémité à la face postérieure de la cavité abdominale, sur la surface du péritoine. Ce diverticule forme une bride résistante qui arrête le doigt et est tendue dans la cavité abdominale. M. le Dr Michaux le sectionne au ciseau après ligature. A l'examen, le diverticule ainsi enlevé, se présente sous l'aspect d'un prolongement intestinal en doigt de gant dans la cavité duquel on peut introduire l'extrémité de l'index. Sa couleur est violacée, livide d'aspect ; il paraît le siège d'une inflammation intense. Nous avons l'impression que sa paroi aurait été rapidement sphacélée. L'examen histologique n'a pas été pratiqué.

Après l'ablation du diverticule, M. Michaux procède à la résection de l'appendice. Celui-ci est notablement enflammé, rouge

violacé, rempli de muco-pus dans sa cavité. Il n'y a pas d'abcès du voisinage.

Les jours suivant l'opération, la malade est dans un état grave, frisant la péritonite. Tout s'arrange cependant, injections de sérum et d'huile camphrée aidant. L'opérée sort guérie de l'hôpital le 22 août, 21 jours après son opération.

Nous citons à la fin de ce travail plusieurs autres observations où l'intervention a révélé une appendicite et une diverticulite concomittantes.

CHAPITRE IV

PATHOGÉNIE

Nous examinerons rapidement les causes qui peuvent amener l'inflammation du diverticule, les agents de l'infection et la voie par laquelle elle se fait.

La structure du diverticule étant la même que celle de l'intestin, il est normal qu'il réagisse aux mêmes causes et qu'il soit susceptible de présenter les mêmes lésions. De plus, sa situation en cul-de-sac favorise la localisation à son niveau de toute cause d'infection.

Blanc signale comme cause prédisposante l'état défectueux du tube digestif, en particulier la gastro-entérite et la fièvre typhoïde et cite deux cas de diverticulite chez des malades atteints de cette dernière affection. M. Lejars signale une perforation typhique diverticulaire découverte par ses internes MM. Girode et Sorrel. Il est rare du reste de ne pas trouver dans les antécédents des malades des troubles plus ou moins marqués du côté de l'intestin et la plupart des observations

relatent un état habituel de constipation. Mais comme le font remarquer Forgue et Riche, on est en droit de se demander si ces troubles, dans certains cas, ne sont pas les premières manifestations de la diverticulite et dans d'autres ne répondent pas à une situation particulière du diverticule, le diverticule fixé.

En tous cas, quelle qu'en soit la raison, tout obstacle favorisant la stagnation des matières dans l'intestin prédispose à l'infection si les conditions nécessaires à celle-ci viennent à se réaliser.

C'est également comme causes occasionnelles qu'il faut ranger les corps étrangers, ainsi que les concrétions stercorales et les parasites intestinaux.

Dans un cas de Gally, c'est à la suite d'un traumatisme dans le flanc droit qu'apparurent les accidents. Mercadé cite une observation où le point de départ a été un coup dans la fosse iliaque droite.

En tous cas, quelles que soient les causes qui ont pu déclancher le mécanisme de la diverticulite, c'est l'infection qui est l'origine de l'inflammation.

Forgue et Riche sont indécis sur la nature des agents de l'infection. Mercadé indique par ordre de fréquence le colibacille, le bacille d'Eberth, le bacille de Koch. « L'infection par le colibacille, favorisée par la stase et la parésie intestinale, nous paraît être la cause la plus commune des diverticulites. »

D'autre part, comme on a signalé dans le diverticule la présence de plaques de Peyer et de follicules lymphoïdes, il est naturel que la fièvre typhoïde et la tuberculose y trouvent des points favorables pour s'y fixer.

« La pathogénie des inflammations du diverticule de

Meckel est la même que la pathogénie de l'appendicite », dit Blanc dans sa thèse, et il divise le mécanisme de l'infection en : 1° infection du diverticule transformé en cavité close ; 2° infection sans cavité close. Mercadé pense que malgré de réelles et nombreuses similitudes, il semble difficile d'admettre pour la pathogénie des deux affections une analogie parfaite. Blanc accorde en effet, sans doute sous l'influence de la théorie célèbre que venait d'émettre Dieulafoy, une grande importance à la formation du vase clos dans la diverticulite. Cependant il semble bien difficile d'admettre cette hypothèse pour le diverticule qui communique largement avec l'intestin et dont le calibre lui est quelquefois égal. Kramer cite cependant deux cas où, dans l'un, c'était un pépin de fruit qui obstruait la lumière du canal et dans l'autre la lumière avait complètement disparu à l'origine du diverticule. La cavité close peut encore être constituée par suite de la coudure, de la torsion ou de l'étranglement du diverticule. Cahier est également de l'avis de Blanc et admet que « la théorie du vase clos paraît admissible dans nombre de cas, plus fréquemment même que dans l'appendicite ».

Contrairement à ces opinions, nous nous rangerons à celle de Mercadé et de Forgue et Riche, en donnant la part principale à l'infection exaltée par la prédisposition que donne au diverticule son origine congénitale.

En ce qui concerne la voie que suit l'affection, nous admettrons avec Forgue et Riche, la prédominance, sinon l'exclusivité, de l'infection directe d'origine intestinale et ceci nous explique la prédominance de bacilles intestinaux dans les lésions inflammatoires du diverticule.

CHAPITRE V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans la plupart des observations de diverticulite, les auteurs ont omis de s'occuper de l'anatomie pathologique et ils se contentent de noter approximativement les lésions grossières qui sautent à la vue. Blanc dit dans sa thèse : « Nous serons bref dans le chapitre anatomo-pathologique des lésions inflammatoires diverticulaires, et pour cause. Nous n'avons en effet trouvé nulle part des examens histologiques du diverticule enflammé ». Il en est encore de même à peu de chose près à l'heure actuelle et nous n'avons trouvé cette étude que dans de rares observations.

Forgue et Riche distinguent les lésions du diverticule, celles du péritoine, celles de l'intestin et celles de l'appendice.

Nous étudierons surtout celles du diverticule et le retentissement qu'elles peuvent avoir sur les organes voisins.

Les dimensions du diverticule peuvent être augmentées par l'inflammation. Il peut se distendre et atteindre, dans une observation de Taylor, le volume d'une pomme de terre, dans une de Körte, celui d'une grosse poire. Ces comparaisons nous montrent que la forme elle aussi peut varier.

L'aspect extérieur du diverticule enflammé est sujet lui aussi à de grandes variations. Sa coloration est en général rouge violacée. Dans certains endroits on peut constater des taches grisâtres correspondant à des points amincis de la paroi et à une perforation en voie d'évolution. La grangrène peut aussi apparaître sous forme de plaques verdâtres ou noirâtres d'étendue et de localisation variables. Souvent localisée à la pointe du diverticule, on la trouve quelquefois à la partie moyenne (Darnoll). L'étendue de ces lésions peut être quelquefois très grande et intéresser l'intestin (Nicolson).

Les perforations peuvent être imputables à la gangrène ou à la présence de corps étrangers, mais souvent aussi elles sont l'aboutissant du travail inflammatoire avec comme processus intermédiaire, l'ulcération. Ces perforations peuvent être multiples et siéger en des points très variables du diverticule. Le plus souvent punctiformes, ces perforations peuvent, comme dans une observation de Halstead, permettre l'introduction du doigt.

La perforation peut être limitée par des adhérences protectrices ou s'ouvrir directement dans la cavité abdominale. Dans d'autres cas, elle s'ouvre dans un organe voisin, vessie ou anse intestinale proche, créant ainsi une fistule intestinale. Mais le plus souvent elle se fait

dans le péritoine, qui réagit en général par une péritonite généralisée, étant donnée la situation du diverticule au milieu de la cavité péritonéale et la diffusion rapide produite par le brassage intestinal.

L'examen histologique prouve que les lésions sont très rapprochées de celles de l'appendicite. Témoins les observations suivantes :

OBSERVATION II

(Mauclaire)

L'épithélium de la muqueuse du diverticule est presque normal. Par place, les glandes sont envahies par l'infiltration embryonnaire. Le maximum des lésions est dans la zone folliculaire ; on y trouve des traînées de cellules rondes envahissant le chorion sous forme de placards ; il y a de la folliculite et de la périfolliculite. Les coupes portant sur le segment intestinal adjacent montrent qu'il est aussi atteint de lésions inflammatoires de même ordre, mais atténuées.

OBSERVATION III

(Wittch)

Les altérations pathologiques sont très évidentes : sur toute la circonférence de la coupe, le péritoine présente l'aspect d'une inflammation récente fibrineuse, la sous-séreuse présente un gonflement œdémateux et une forte hypérémie capillaire avec des hémorragies. De même dans la muqueuse, ces hémorragies et cette hypérémie d'ailleurs d'origine opératoire (comme dans les résections d'appendice) ; la sous-muqueuse est œdématiée et infiltrée de petites cellules.

La musculature lisse est toute entière prise par une inflamma-

tion purulente récente phlegmoneuse, surtout vers le pédicule, peu vers la périphérie.

En un point s'est fait une fonte purulente de la musculeuse qui est tout près de s'ouvrir dans la lumière du diverticule.

C'est par un pareil abcès de la musculeuse que s'est faite la perforation. Sur les coupes on ne trouve pas de particules nécrotiques, mais cependant il y en avait sur d'autres points de la paroi. De même manquent les abcès de la muqueuse.

Forgue et Riche, dans l'étude des lésions du péritoine, insistent surtout sur les accidents dus à la péritonite localisée. Ils signalent l'existence et le rôle pathologique d'adhérences péridiverticulaires qui, « suivant leur siège pourront, soit déterminer des coudures de l'iléon, soit amener la formation d'anneaux plus ou moins complets dans lesquels l'intestin pourra s'étrangler, soit, plus rarement, jouer le rôle de brides ».

Mais, s'ils admettent que les adhérences péri-diverticulaires totales sont le fait de l'inflammation, ils ne reconnaissent guère aux adhérences de la pointe qu'une origine congénitale. « L'adhérence congénitale se fait presque toujours par l'intermédiaire d'un cordon fibreux de dimensions variables, qui représente, tantôt les vaisseaux omphalo-mésentériques, tantôt le canal omphalo-mésentérique lui-même. C'est là un fait absolument caractéristique, et la présence de ce filum terminale, quel que soit son point d'attache, doit faire rejeter l'idée de bride inflammatoire. »

Or pourquoi, à la suite d'une poussée de diverticulite, ce filum terminal, ne s'accolerait-il pas en un point quelconque de l'abdomen ? Nous voyons en effet

que dans la plupart des observations les lésions siègent à la pointe du diverticule. N'est-il donc pas logique de penser que cette extrémité soit la première à adhérer aux organes voisins.

Mauclaire pense que « toute attaque, même légère de diverticulite, a pour conséquence une réaction péritonéale vive déterminant la formation d'adhérences et la fixation du diverticule s'il est libre ».

Qu'une nouvelle poussée survienne, ou une coudure de l'intestin sur la bride ainsi formée, ou un étranglement sous l'anneau et l'occlusion intestinale sera constituée.

La diverticulite serait donc le premier temps, l'occlusion intestinale le deuxième d'une même affection et l'expérience montre que, quand l'occlusion s'est constituée, il est souvent trop tard pour agir.

Nous conclurons donc, avec Bienvenue, de cette brève étude anatomo-pathologique :

1° Que les lésions dues à la diverticulite peuvent, comme dans l'appendicite, évoluer depuis la simple diverticulite pariétale (avec péritonite plastique) jusqu'à la gangrène totale du diverticule. Le type le plus fréquent est la folliculite et la péri-folliculite avec infiltration leucocytaire énorme, avec ou sans ulcération ou perforation, avec ou sans abcès circonscrit.

2° Toutes les formes de diverticulite (sauf celles accompagnées de péritonite purulente ou septique diffuse généralisée d'emblée) ont pour conséquence l'occlusion intestinale à brève ou longue échéance par des mécanismes d'ailleurs extrêmement variables et souvent complexes.

CHAPITRE VI

ÉTUDE CLINIQUE

L'axiome que posait Blanc dans sa thèse « Autant d'observations de diverticulite, autant d'erreurs de diagnostic », semble encore vrai maintenant. Presque toujours la diverticulite est, ou une trouvaille d'autopsie, ou une trouvaille du chirurgien qui a posé le diagnostic d'appendicite, ou d'occlusion intestinale dont il recherche la cause.

Forgue et Riche pensent qu'il est impossible de faire le diagnostic entre la diverticulite et l'occlusion intestinale.

Bienvenue dans sa thèse est du même avis et admet d'ailleurs que l'occlusion intestinale est l'aboutissant fatal de toute diverticulite, hormis les diverticulites gangréneuses ou perforantes. L'inflammation du diverticule provoque en effet à brève échéance des adhérences qui deviennent rapidement le point de départ d'occlusions intestinales. On peut donc diviser l'évolu-

tion de la diverticulite en deux phases : la première ayant tous les symptômes de l'appendicite et pendant laquelle il est pour ainsi dire impossible de l'en distinguer et la deuxième étant la phase d'occlusion intestinale. Ce n'est pas que les deux phases se succèdent au sens propre du mot, en réalité l'occlusion existe dès le début et ne fait que s'accentuer pendant l'évolution de la maladie, mais dans la première période, ce sont les signes généraux de pseudo-appendicite qui dominent et dans la deuxième ce sont ceux de l'occlusion, symptômes qui amènent alors le chirurgien à opérer au plus vite et souvent à ce moment il est déjà trop tard. Et c'est encore dans ce cas un argument en faveur d'une opération aussi précoce que possible dès que le diagnostic d'appendicite a été posé, précocité dont les chirurgiens ont toujours eu beaucoup plus à se louer qu'à se plaindre.

Les signes de la diverticulite sont donc au début ceux de l'appendicite et c'est avec cette affection surtout que le diagnostic est à faire. En général le début est brusque, survenant en pleine santé, mais d'ordinaire il est facile de déceler dans les antécédents du malade des crises antérieures étiquetées soit crises d'appendicite, soit crises de coliques. Il est rare également de ne pas trouver un état de constipation plus ou moins chronique.

Les observations suivantes en sont les preuves :

OBSERVATION IV

Publiée in *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, Janvier 1912

(Bienvenue)

F... Gabrielle, âgée de 9 ans 1/2. Entre le 4 janvier 1909 à l'hôpital des enfants malades, service de M. le professeur Kirmisson, avec des symptômes de péritonite généralisée.

Pas d'antécédents héréditaires ; les parents vivants bien portants.

Deux autres enfants, 6 ans et 4 ans, bien portants.

Comme antécédents personnels, on ne retrouve pas autre chose que des rhumes fréquents. Mais il y a quinze mois, elle aurait eu une crise aiguë diagnostiquée appendicite. Depuis lors elle souffre habituellement du ventre et est fortement constipée.

La crise actuelle a commencé le vendredi 1er janvier dans la matinée. L'enfant qui était sortie est obligée de rentrer et de s'aliter, prise brusquement de douleurs abdominales.

Vers midi, vomissements alimentaires qui se répètent dans la journée. L'enfant se plaint surtout de la région droite du ventre.

Le lendemain, samedi 2, dans la journée, sur les conseils d'un pharmacien, la constipation restant marquée, on donne un purgatif qui d'ailleurs est vomi, puis deux lavements glycérinés qui amènent une selle de matières moulées.

Les douleurs persistent et à partir de ce moment (le 2e jour), arrêt complet des matières et des gaz.

Depuis ce moment également, vomissements incessants, qui deviennent fécaloïdes dans la nuit du 3 au 4.

A son entrée, l'enfant étant dans un très mauvais état général et le diagnostic d'appendicite ayant été posé, on décide de la remonter un peu et d'attendre.

Le lendemain 5 janvier, la réaction péritonéale s'est accentuée ; le pouls est à 150, la température à 38°2.

On décide d'intervenir d'urgence.

Incision de Jalaguier : pas de pus. Le cæcum et l'appendice sont sains. On dévide l'intestin et à 25 centimètres du cæcum, on trouve dans la profondeur un paquet d'anses grêles agglomérées, que l'on amène au jour en bloc. Elles sont couvertes de fausses membranes récentes.

Sur le bord convexe d'une de ces anses, on remarque une légère ulcération qui correspond à l'adhérence d'un diverticule long de deux centimètres environ, de la largeur du pouce, rouge et turgescent.

Dans les mouvements de traction effectués pour libérer le diverticule, on rompt son point d'implantation. On termine par une exclusion de l'anse où s'insère le diverticule. Mort à 4 heures du soir.

A l'autopsie, on vérifie que le point d'implantation est à 30 centimètres de la valvule ; le point où s'insérait la partie libre du diverticule à 10 centimètres de la valvule.

Dans toute cette région l'intestin est très congestionné, noirâtre, et on aperçoit par transparence des ulcérations.

Le mécanisme de l'occlusion n'est pas, semble-t-il, un étranglement vrai, mais un ensemble complexe de coudures et de torsions d'anses jointes par des fausses membranes et formant un paquet, mais il n'y a pas sphacèle par bride ou anneau sur aucun point.

OBSERVATION V (résumée)

(Fr. Kijewski. *Gazeta Lekarska)*

Il s'agit d'un homme de 50 ans qui a successivement deux crises douloureuses dans l'abdomen avec nausées et météorisme.

La seconde crise présente un caractère de gravité particulière. Le météorisme est surtout accentué en haut et à gauche de l'abdomen, au voisinage de l'ombilic. La palpation ne permet de

sentir ni tumeur, ni plastron. Elle réveille seulement une douleur plus marquée dans cette région. Enfin l'occlusion est presque complète depuis trois jours. Le malade ne rend que des gaz.

Opération. — Laparotomie : le péritoine est rouge, vascularisé. A 82 centimètres de la valvule iléo-cæcale, l'intestin grêle est fixé au méso-colon de l'angle splénique par une mince adhérence, très résistante cependant qui coude et étrangle l'intestin. Au-dessous sur l'anse afférente, on trouve un diverticule de Meckel long de 8 centimètres, tordu au niveau de sa base d'implantation. A ce niveau il existe une zone sphacélée. De même sur la face antérieure du diverticule, on constate deux plaques de gangrène au niveau desquelles des perforations laissent sourdre des matières fécales. Kijewski libère l'adhérence, résèque le diverticule et établit un anus artificiel au niveau de l'orifice intestinal créé par la résection.

Mort deux jours plus tard.

Dans ces deux observations nous trouvons donc des crises antérieures à celle qui a déterminé l'opération et des adhérences ont eu le temps de se constituer et de préparer l'occlusion intestinale.

Cependant il est des cas et c'est celui de l'observation que nous devons à l'obligeance de M. le professeur Weiss, où il semble que l'occlusion se soit installée dès la première crise et où il est impossible de déceler aucun des antécédents signalés dans les observations précédentes.

OBSERVATION VI

(Recueillie dans le service de M. le professeur Weiss)

Charles K..., onze ans, entre à l'hôpital le 30 avril 1912.

Quinze jours avant l'enfant jouait aux cartes quand tout à coup il ressentit une violente douleur dans l'abdomen, douleur qui suivant son expression « le fit sauter en l'air » et à son maximum au voisinage de l'ombilic.

A partir de ce moment la douleur persiste, mais assourdie et les selles sont complètement supprimées malgré purgatifs et lavements répétés. Par contre vomissements fécaloïdes trois à quatre fois par jour. Au moment de la crise initiale, le petit malade n'était pas allé à la selle depuis trois jours.

L'enfant rapporte et ses parents nous ont confirmé qu'avant la crise qui a déterminé son entrée à l'hôpital, il n'avait jamais souffert du ventre et n'avait jamais été constipé.

Aussitôt son entrée à l'hôpital, l'enfant est amené sur la table d'opération. Il est maigre, le teint uniformément gris. Le ventre très augmenté de volume a la forme d'un gros ovoïde. Le facies est grippé, les yeux enfoncés, le nez pincé, la langue sèche, fuligineuse sur les bords. La respiration est courte, pénible et fréquente, le pouls petit, rapide, un peu arythmique.

Le patient est anesthésié au chloroforme et mis en légère position de Treudelenbourg. Suspectant une péritonite d'origine appendiculaire M. le professeur Weiss fait l'incision de Jalaguier.

A l'ouverture du ventre, il s'écoule un liquide ascitique citrin.

L'appendice est trouvé absolument sain. On examine le cæcum et la terminaison de l'intestin grêle sans trouver de lésions. L'incision est agrandie de 6 à 7 centimètres. Les écarteurs laissent voir des anses grêles rouges, les unes distendues, les autres aplaties, mais on ne trouve toujours pas l'agent de l'étranglement. Enfonçant sa main dans l'abdomen, M. le professeur Weiss cherche à explorer la fosse iliaque gauche. Il est arrêté dans la région ombilicale par une induration assez volumineuse. Cette partie d'intestin est amenée dans la fosse iliaque droite et sortie de l'abdomen. C'est une anse grêle rouge et distendue autour de laquelle s'entoure un diverticule de Meckel complètement sphacélé. Ce diver-

ticule est verdâtre, sauf à sa partie complètement inférieure qui semble à peu près intacte.

Doucement on le désenroule de l'intestin, rompant au doigt les adhérences qu'il avait contractées avec lui. L'anse intestinale comprimée ne présentant pas de sphacèle, on la rentre dans le ventre. Le diverticule est sorti de la plaie et on fixe au péritoine et à la paroi l'anse sur laquelle il s'insère. On referme au-dessous et au-dessus de cet anus iliaque, le péritoine, les muscles et la peau. La partie inférieure du diverticule est ponctionnée au thermo-cautère et dans son orifice, on introduit une sonde en caoutchouc. Cette sonde est laissée en dehors du pansement et on y adapte un long tube aboutissant à un seau placé sous le lit du malade.

Au cours de la journée il s'écoule par ce drainage une grande quantité de matières. Le soir le malade est soulagé. La température est de 37°3, le pouls est meilleur, la respiration moins rapide et moins pénible. Le ventre a considérablement diminué de volume.

Le lendemain, même état. L'enfant demande à manger. On le met à la diète lactée.

Les jours suivants, l'état reste stationnaire. Cependant on constate un amaigrissement rapide. On donne du bouillon, de la poudre de viande, un peu de quinquina.

L'enfant s'affaiblit de plus en plus et meurt trois jours après, avec des symptômes de broncho-pneumonie.

Autopsie. — Les anses intestinales sont rouges et congestionnées. On ne trouve trace ni de perforation, ni de menace de perforation.

Le diverticule s'insérait à 35 centimètres du cæcum.

Pas de pus, ni de fausses membranes dans le péritoine.

Le sujet ne présente pas de malformation congénitale.

On constate dans le poumon droit des lésions de broncho-pneumonie.

Forgue et Riche distinguent les diverticulites aiguës et les diverticulites chroniques, les premières se divisant en diverticulites pariétales ou simples ; les diverticulites avec péritonite enkystée ; les diverticulites avec péritonite généralisée suppurée ; les diverticulites avec péritonite septique.

Nous ne reprendrons pas en détail l'étude de ces différentes formes qui ont été bien décrites par ces auteurs. Nous nous contenterons d'analyser les principaux symptômes qui pourraient servir de base à un essai de diagnostic.

La douleur éclate brusquement et précède tout autre symptôme. Souvent le patient ne peut la localiser dans l'abdomen. Dans le cas contraire, le diverticule ayant un siège essentiellement variable, la localisation de la douleur peut varier elle aussi. Cependant elle est en général située, soit dans la fosse iliaque droite, et dans ce cas habituellement plus haut que le point de Mac Burney, soit dans le voisinage de l'ombilic, comme c'est le cas pour l'observation de M. le professeur Weiss.

Les vomissements font souvent défaut au début de la crise. Ils sont muqueux, bilieux ou porracés et traduisent la réaction péritonéale. Ils peuvent faire défaut et sont remplacés alors par un état nauséeux.

La suppression des selles et des gaz se produit dans un grand nombre de cas. Forgue et Riche font remarquer que cette suppression ne répond pas toujours à une compression vraie de l'intestin et ils citent l'opinion de Cahier qui pense que l'iléus doit être souvent attribué à un shock réflexe portant d'abord sur le segment

adjacent au diverticule. Mais ils sont d'avis que dans la plupart des cas les symptômes d'occlusion, si fréquents dans les observations de diverticulite sont dus à une péritonite adhésive produisant des coudures plus ou moins accentuées sur les anses intestinales voisines.

Hilgenreiner a signalé des selles sanguinolentes mais comme une rareté et dans aucune autre observation nous n'avons retrouvé cette particularité.

Quant aux signes généraux ils sont ceux de l'appendicite. Cependant Bienvenue signale comme une particularité deux phases dans la courbe de la température : plus ou moins élevée au début, elle descend ensuite jusqu'à l'hypothermie pour remonter à l'apparition des premiers phénomènes de péritonite. Cependant là encore il ne semble y avoir rien de caractéristique. Hilgenreiner et Robentisch citent deux cas où la fièvre faisait complètement défaut.

Kramer cite un cas identique où l'absence de température jointe aux douleurs abdominales, à l'arrêt des matières et aux vomissements fécaloïdes, l'avaient conduit au diagnostic d'occlusion.

Ces signes de début changent de caractère suivant la forme vers laquelle évolue la diverticulite, formes cliniques dont nous avons donné plus haut la classification suivant Forgue et Riche. Quand tout se résume à une crise diverticulaire légère, les symptômes ne tardent pas à s'amender et tout rentre petit à petit dans l'ordre, non sans laisser cependant en général des résidus qui préparent et aggraveront les crises suivantes.

Les signes locaux varient suivant le siège et la position du diverticule. Forgue et Riche font remarquer que le

diverticule étant habituellement en position basse, c'est surtout vers l'abdomen inférieur que se manifesteront les phénomènes de réaction péritonéale, la matité, la résistance et quelquefois la sensation de tumeur.

Dans ces cas, ou la diverticulite s'amende et tout se termine par la résolution, ou elle évolue vers la péritonite enkystée ou la péritonite généralisée.

Kramer cite un cas où l'abcès, après avoir pointé vers la paroi, s'est ouvert à l'extérieur.

OBSERVATION VII (résumée)

KRAMER. *Centralbl. f. Chir.* (1898)

Homme de 40 ans reçoit le 18 août 1895, un coup de pied de cheval dans la fosse iliaque droite, et continue à travailler. Quelques jours après, il est pris de fièvre, de douleurs abdominales, de vomissements, et transporté à l'hôpital le 31 août.

Peu à peu apparaît une tuméfaction dure, mate à la percussion, dans la région iléo-cæcale, remontant jusqu'à une ligne horizontale passant à deux travers de doigts au-dessous de l'ombilic.

Tout autour l'abdomen n'est pas douloureux, mais météorisé. Les vomissements ont cessé, mais la fièvre et les douleurs persistent. Traitement : glace et opium.

La tuméfaction diminue, se ramollit, devient fluctuante et cette fluctuation est même perceptible par le toucher rectal. L'opération est repoussée par le malade qui retourne chez lui.

Dans les semaines qui suivent, la peau de la région tuméfiée se prend, rougit, devient œdémateuse et une incision donne issue à une grande quantité de pus. La fièvre tombe, mais la suppuration continue pendant des mois.

En mars 1896, le malade rentre de nouveau à l'hôpital. On lui fait une grande incision pour rechercher l'origine de l'abcès devenu

fistuleux, mais sans pouvoir arriver à trouver la communication soupçonnée avec l'intestin.

La fistule persistant malgré tout, on décide une nouvelle intervention. Large incision de la paroi, conduisant sur le péritoine épaissi. On trouve une ouverture fistuleuse par laquelle une sonde introduite paraît se diriger vers la ligne médiane. Incision du péritoine à ce niveau ; le doigt introduit constate que la sonde pénètre dans un conduit, gros comme un crayon qui, à son extrémité, est fixé au péritoine à peu près vers la ligne médiane. Comme des anses intestinales adhérentes empêchaient de suivre plus loin les recherches, on agrandit l'incision péritonéale, on dégage l'intestin de ses adhérences, et on constate que le cordon, long de 10 centimètres, est un diverticule de Meckel. L'appendice iléo-cæcal est reconnu sain et en place normale.

Le diverticule est libéré de ses adhérences : ligature à sa base et extirpation : suture de Lembert à deux étages ; guérison qui s'est maintenue depuis.

Examen du diverticule. — Parois rouges et tuméfiées ; infiltration purulente par places. A l'intérieur de sa cavité, obstruant complètement la lumière, on trouve un pépin de poire ou de pomme : la fistule, origine des accidents, siège à 2 centimètres de la pointe du diverticule.

Une telle évolution d'une péritonite enkystée est rare et c'est en général vers la résolution ou vers la péritonite généralisée qu'elle se fait. En tous cas même la résolution quand elle se fait laisse toujours subsister la menace de l'occlusion intestinale par adhérences anormales.

Il est un signe que l'on retrouve dans la plupart des observations, mais sans que les auteurs aient paru y attacher une importance particulière. Bienvenue signale

sa grande fréquence et en tire un important élément de diagnostic : c'est « le peu de ballonnement du ventre au début, l'absence de météorisme, la souplesse de l'abdomen et sa mollesse », signes qui persistent pendant plusieurs jours avec des symptômes d'occlusion concomittants ». Et suivant lui le diagnostic d'appendicite ne devrait pas être fait en ces cas car « il n'y a pas de défense musculaire, sauf parfois en des points très localisés et généralement péri-ombilicaux ».

En résumé, Bienvenue dresse le tableau suivant des signes qui permettraient le diagnostic de diverticulite :

1° La localisation des phénomènes douloureux, non au point de Mac Burney, mais dans une zone plus élevée intermédiaire au cæcum et à l'ombilic ou même nettement ombilicale. Nous ajouterons l'extension rapide et générale de la douleur à tout l'abdomen et le peu de violence de cette douleur.

2° La situation de la zone d'empâtement ou du plastron, lorsqu'il existe, dans les mêmes régions.

3° L'absence de ballonnement et le météorisme très peu marqué, tout au moins au début. Plus tard, le ballonnement limité du ventre.

4° La mollesse et la souplesse du ventre, l'absence de défense musculaire, la facilité avec laquelle le ventre se laisse palper.

Cahier ajoute à ces signes :

5° La présence de sang dans les selles ou dans les vomissements (signes qui n'ont rien de spécial à la diverticulite).

6° L'existence d'un vice de conformation ou d'une anomalie congénitale, rare d'ailleurs mais signalée (bec

de lièvre, ectopie, division congénitale du voile, etc.).

7° L'existence antérieure ou présente d'une fistule congénitale de l'ombilic ou d'une tumeur congénitale du nombril.

Malheureusement la réunion de tous ces signes est une rareté. De plus, comme nous l'avons vu au début de ce travail, diverticulite et appendicite peuvent coexister et les signes éclatants et bien connus de l'appendicite viennent recouvrir ceux qui pourraient à la rigueur permettre le diagnostic. M. Mercadé a relaté une observation personnelle très intéressante où une opération d'appendicite permit de découvrir une diverticulite et une appendicite toutes deux refroidies et les deux « appendices » accolés l'un à l'autre dans un magma adhérent : il y avait eu d'ailleurs une crise initiale aiguë, avec haute température et plastron et le magma d'adhérences représentait vraisemblablement un ancien foyer d'abcès.

La diverticulite chronique n'évolue pas non plus suivant un type nettement défini. Tantôt ce sont des crises successives de diverticulite pendant lesquelles le malade se porte ou semble bien se porter. Tantôt ce sont des phénomènes douloureux continus avec amaigrissement, fièvre et symptômes généraux plus ou moins marqués et évoluant en plusieurs mois ou même plusieurs années.

Voici une observation très nette de diverticulite chronique du premier type.

OBSERVATION VIII (résumée)

(Ombredanne)

Suzanne D..., 10 ans, opérée en 1908 de l'appendicite, rentre en mars 1909 dans le service de M. le Dr Ombredanne. L'enfant se plaint de crises douloureuses vives avec prédominance à droite, avec quelques vomissements et arrêt mais incomplet des matières et des gaz. Ces crises durent un ou deux jours et tout rentre dans l'ordre.

Le 2 avril 1909, laparotomie par l'ancienne cicatrice, car on pense qu'il s'agit d'adhérences épiploïques et cæcales autour du moignon appendiculaire : on ne trouve pas traces d'adhérences.

Les crises se renouvellent et se rapprochent pendant les mois de mai et juin.

La malade rentre au service et y est pris d'une crise particulièrement douloureuse : début par douleurs vives, quelques vomissements alimentaires et arrêt complet des matières et des gaz.

Ventre très ballonné, facies cyanosé, vomissements deviennent verdâtres.

On pense à une péritonite septique, mais on note la rapidité et l'instabilité du pouls qui d'une minute à l'autre passe de 100 à 150 et le fait que *le ventre n'est pour ainsi dire pas douloureux et se laisse très facilement palper*.

On n'opère pas et le lendemain les symptômes ont disparu et l'enfant paraît guérie.

On émet alors l'hypothèse d'une diverticulite à rechutes ou d'une invagination polypeuse de l'intestin.

Opération le 10 juillet 1909.

Laparotomie médiane. On tombe sur un diverticule entouré d'adhérences et adhérent lui-même par son extrémité à la paroi abdominale antérieure, à environ deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic et à droite de la ligne médiane. On trouve une

anse intestinale comprimée. Ablation du diverticule facile et guérison normale.

Nombreuses ont été les observations de diverticulites à rechutes publiées pendant ces dernières années. Galeazzi cite un enfant qui depuis son enfance avait des alternatives de diarrhée et de constipation. Entre la septième et la dixième année, il a trois crises très violentes de pseudo-appendicite. Opération in extremis. A l'autopsie, diverticulite avec abcès intra-diverticulaire et abcès sous-séreux péri-diverticulaires ; gangrène complète, quoique sans perforation, d'une anse étranglée dans un anneau formé par le diverticule. Von Karajan, Houston, Cahier, Ewing et Wright en ont également cité des exemples.

Enfin Lejars signale *la diverticulite chronique d'emblée et isolée*, évoluant pour son propre compte et affectant toutes les allures d'une appendicite du même type sans que l'appendice prenne aucune part au processus. Il en donne l'observation suivante :

OBSERVATION IX

(M. Lejars)

Un jeune garçon de 16 ans est amené pour des accidents d'appendicite chronique. Il souffrait du ventre, du côté droit depuis 2 ans. Il n'avait jamais eu de crise aiguë et fébrile, n'avait jamais dû s'aliter ; les accidents se caractérisaient seulement par une douleur brusque au niveau de l'ombilic et de la fosse iliaque droite, douleur en coliques, accompagnée de nausées, qui durait

quelques heures, et qui était suivie pendant quelques jours d'une sensation de gêne et de plénitude dans la même région. Il était habituellement constipé ; la constipation était d'ordinaire exagérée au moment où reparaissaient les douleurs brusques, mais aucun signe d'arrêt stercoral n'avait jamais été constaté.

On trouvait dans la fosse iliaque droite, une zone de sensibilité profonde et au même niveau on percevait un peu de résistance. La paroi se déprimait moins bien qu'à gauche ; il y avait « quelque chose », très peu de chose semblait-il, mais le résultat de l'examen physique concordait bien avec les antécédents signalés, et le diagnostic d'appendicite chronique d'emblée ne laissait place à aucun doute.

Je proposai donc l'ablation et j'intervins le 24 mai. Or à l'incision de Jalaguier, je trouvai un cæcum assez volumineux et tout à fait libre. J'amenai avec lui un appendice, tout à fait libre aussi, de coloration toute normale, mais qui tout d'abord nous frappa par son extrême longueur ; il mesurait 14 centimètres. Il n'était du reste ni coudé ni tordu ; pourtant ces dimensions anormales nous semblaient déjà de suffisantes raisons à admettre qu'il put de temps en temps s'infléchir ou se tordre, et que les accidents douloureux eussent là, leur suffisante explication. Peu s'en fallut que l'intervention se bornât à l'excision de cet appendice géant. Toutefois, suivant une vieille coutume, l'exploration fut portée un peu plus loin, et je découvris une anse grêle remontante, du bord libre de laquelle se détachait un autre appendice, très volumineux celui-là, et qui se prolongeait en haut et en dedans. Il était très adhérent vers sa pointe à la paroi abdominale antérieure, non loin de l'ombilic : je finis par le libérer, en y mettant beaucoup de précautions, car on ne pouvait plus douter de sa nature : c'était un diverticule de Meckel en libre communication avec l'intestin. Il fut extrait ; l'anse qu'il maintenait remontante, était la terminaison de l'iléon. Pour le réséquer, je l'écrasai d'abord à son émergence intestinale ; il fut lié et sectionné et le moignon

enfoui. Le long appendice fut excisé à son tour. Je laissai un petit drain, car je n'étais pas sans quelque inquiétude sur l'intégrité complète du bout terminal de mon diverticule. La guérison s'est faite très simplement.

Le diverticule mesure 5 centimètres de long et 1 cm. 1/2 de large. La face externe en est couverte de quelques fausses membranes grisâtres, anciennes ; la muqueuse en est rouge et tuméfiée, surtout à l'extrémité. Il présentait toutes les lésions d'une inflammation chronique. Quant à l'appendice, il était complètement sain.

Ainsi donc, à chaque pas de cette étude, nous avons trouvé une analogie à peu près complète entre les symptômes de la diverticulite et ceux de l'appendicite. Nous avons vu également que toutes les formes décrites pour l'appendicite, nous les avons retrouvées dans la diverticulite. Et si nous avons pu signaler, nous ne dirons pas quelques symptômes, mais quelques nuances cliniques qui puissent nous orienter vers la diverticulite, il n'en subsiste pas moins souvent que le diagnostic ne se fait que pendant l'opération et à l'autopsie et, suivant les sages paroles de M. Lejars :

« Ce qui serait en réalité désirable, c'est qu'on pensât plus souvent au diverticule de Meckel et que l'on fût bien informé de son rôle pathologique et des formes multiples et nullement exceptionnelles sous lesquelles il le joue. Peut-être réussirait-on de la sorte à le dénoncer mieux à l'examen pré-opératoire. Tout au moins le rechercherait-on plus souvent et serait-on moins surpris de le découvrir. »

CHAPITRE VII

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Le pronostic de la diverticulite est toujours grave et cela pour plusieurs raisons. En premier lieu l'erreur de diagnostic presque fatale avec l'appendicite : on croit être en présence d'une crise appendiculaire et on attend qu'elle soit refroidie. Or nous avons vu la rapidité avec laquelle le péritoine réagissait à la diverticulite, en donnant lieu très rarement à une péritonite localisée, presque toujours à une péritonite généralisée. Et, même dans les cas de péritonite localisée, il se forme des abcès plus ou moins volumineux, situés en général entre les anses grêles, abcès qui amènent en très peu de temps la généralisation de l'infection.

Nous avons vu d'autre part la facilité et la rapidité avec lesquelles s'installent les adhérences et la gravité que par leur situation elles ne tardent pas à prendre, au point que l'on peut considérer l'occlusion intestinale

comme un deuxième temps presque fatal de l'inflammation diverticulaire.

Le pronostic dépend donc de la rapidité de l'intervention. Nombreux sont les cas diagnostiqués occlusion par diverticule qui en réalité ne sont que les complications de crises antérieures de diverticulite. Bienvenue le signale : « Deux catégories de malades échappent à la mort, ce sont ceux chez qui le diagnostic d'appendicite étant posé, l'intervention se fait *à chaud* et d'autre part les formes chroniques ou subaiguës dans lesquelles au diagnostic d'appendicite a succédé à temps celui d'occlusion ».

Plus tôt sera donc fait le diagnostic de la diverticulite et plus il y aura de chances de guérison. Il en est donc de même que pour l'appendicite où les interventions rapides ont toujours donné plus de satisfaction aux chirurgiens que la temporisation.

Forgue et Riche donnent la statistique suivante : Sur 50 malades, ils comptent 21 guérisons, 24 morts, 5 résultats non donnés. La mortalité globale serait de 53 % et ils font remarquer que 9 cas, non opérés, donnent 8 morts, 1 résultat inconnu, alors que 41 opérés donnent 16 morts, 21 guérisons, 4 résultats inconnus.

Ces statistiques, si relatives soient-elles, prouvent en tous cas l'absolue nécessité du traitement chirurgical. L'idéal serait l'ablation aussi précoce que possible du diverticule, fut-il sain. Comme le conseillent Forgue et Riche, tout diverticule rencontré au cours d'une intervention devra être enlevé. Malheureusement les moyens que nous possédons actuellement pour diagnostiquer la diverticulite sont trop aléatoires pour permettre de

déceler l'affection au début. Presque toujours le chirurgien interviendra pour appendicite, pour péritonite ou pour occlusion et ce ne sera qu'au cours de l'opération qu'il sera conduit à l'origine des accidents.

Quand après avoir posé le diagnostic d'appendicite, on ne trouvera pas de lésions en rapport avec les symptômes reconnus, on fera donc sagement en explorant la cavité abdominale et la terminaison de l'intestin grêle pour rechercher la présence possible d'un diverticule.

De toutes façons l'opération de choix est l'ablation complète du diverticule et cela sans attendre le refroidissement de la lésion. Ce refroidissement est en effet beaucoup plus long que pour l'appendicite et pendant qu'il s'effectue on risque de laisser se préparer des complications dont la moindre ne serait pas l'occlusion intestinale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION X

(Blanc)

Diverticulite pariétale avec péritonite adhésive péri-diverticulaire circonscrite

Pierre R..., ébéniste, âgé de 42 ans, entre le 17 mars 1898 dans le service de M. le Dr Blum, à l'hôpital St-Antoine.

Il ne présentait rien de particulier à relever dans ses antécédents héréditaires ou personnels, et jouit d'une très bonne santé.

Le 7 mars, c'est-à-dire dix jours avant son entrée à l'hôpital, il a été pris l'après-midi, en plein travail, d'une douleur brusque, aiguë « comme un coup de couteau » dit-il, dans la fosse iliaque droite. Il rentre péniblement chez lui et se met au lit.

Le lendemain, après une mauvaise nuit, le malade vient à l'hôpital. On croit à un embarras gastrique probablement, et on lui ordonne une purgation et le régime lacté.

Au bout de quatre jours les douleurs persistent, quoique moins fortes, R... revient à la consultation, on ne trouve rien de net et on ordonne des douches.

L'état gastrique avec inappétence complète, langue sale, dou-

leurs vagues dans le ventre, persiste, et le malade entre à l'hôpital, salle Velpeau, le 17 mars.

Etat actuel. — Facies pâle, fatigué, légère teinte subictérique, des conjonctives et de la sclérotique.

La langue est recouverte d'un large enduit saburral, l'haleine est fétide, de temps à autre quelques nausées, mais pas de vomissements. Les douleurs d'abord localisées à la fosse iliaque droite, puis irradiées à tout l'abdomen, occupant de nouveau nettement la région cæcale ; sourdes, continues spontanément, elles s'exaspèrent par les mouvements et surtout par la pression.

A la palpation on sent tout d'abord une résistance très marquée, due à la contracture des muscles droits, vigilance musculaire indice d'une inflammation rétro-pariétale.

Derrière la paroi plus ou moins tendue selon les mouvements, la main perçoit, dans la fosse iliaque droite, au niveau de la région cæcale, un empâtement profond, une large zone d'induration des dimensions de la paume de la main à peu près, dont il est difficile d'apprécier nettement les contours et les limites.

Cette masse en forme de plaque est dure, plutôt rénitente : il est impossible d'y déceler la fluctuation, elle est absolument mate à la percussion. Le reste du ventre est légèrement ballonné, mais à peine sensible. Pas de vomissements, pas de diarrhée, ni de constipation.

Ces symptômes s'accompagnent d'un léger état fébrile : la température oscille entre 37° et 38°, le pouls régulier, fort, bien frappé est à 90. En présence de ce complexus symptomatique, M. Blum porte le diagnostic d'appendicite subaiguë et décide l'intervention.

Laparotomie latérale droite. — Après incision de la paroi qui paraît légèrement œdémateuse, on tombe sur une masse dure, comme fibreuse, de la grosseur d'un œuf de pigeon, mais plus allongée. De tous côtés des anses intestinales adhèrent assez lâchement à cette masse.

On libère ces adhérences et, à l'aide de la sonde cannelée, on déchire peu à peu cette enveloppe de néo-formations inflammatoires devenues fibreuses. Avec beaucoup de peine on finit par arriver sur un cordon arrondi du volume du pouce, qui malgré son volume paraît être l'appendice. Mais en regardant de plus près, M. Blum constate que cet appendice s'insère sur l'intestin grêle et reconnaît un diverticule de Meckel.

L'appendice iléo-cæcal est normal et en place.

Ligature et résection du diverticule dont on cautérise le moignon au thermo-cautère. Sutures de la paroi en trois places. Réunion par première intention.

Le malade sort guéri deux mois après.

Il a été revu dernièrement en parfaite santé.

L'examen du diverticule montra la présence dans sa paroi enflammée et épaissie d'une arête de poisson, avalée 15 jours auparavant.

OBSERVATION XI

(Koerte)

Malade pris brusquement le 15 août 1891 de douleurs abdominales avec vomissements et arrêt des gaz et des matières. Il entre à l'hôpital où ces phénomènes s'accentuent. Il semble de plus qu'il existe du côté droit, dans le flanc une certaine résistance de la paroi. Pas de diagnostic sûr.

Laparotomie. — L'incision du péritoine pariétal injecté fortement montre une cavité abdominale pleine de sérosité purulente, avec des anses intestinales recouvertes de fausses membranes. On cherche en vain la cause de l'obstruction.

L'état du malade ne permettant pas une intervention longue, on ne s'attarde pas trop longtemps et on fait une incision latérale droite dans l'intention d'établir un anus artificiel. Mais dans la fosse iliaque, on tombe sur des anses intestinales agglutinées par

des fausses membranes. On les écarte et un flot de pus apparaît. On trouve alors un appendice ilial gros comme une poire, lequel était adhérent à l'intestin par un pédoncule d'environ 1 centimètre. Ce pédoncule était comprimé par un cordon allant de la région cæcale vers le foie. Il s'était nécrosé et la perforation avait déterminé un abcès. M. Kœrte coupe le cordon, enlève le diverticule, ferme l'ouverture intestinale en fixant le moignon à la paroi par précaution.

Le soir le malade continue à ne pas avoir de selles. On fait un anus iliaque droit par où s'écoulent les matières.

A la suite de ces opérations, le malade conserve une fistule stercorale que M. Kœrte a toutes les peines à fermer ; enfin guérison.

OBSERVATION XII

(Rayer)

Mme L..., soignée pour de la gastro-entérite chronique, est prise brusquement d'une douleur abdominale très aiguë, continue, siégeant dans la fosse iliaque droite à la hauteur d'une ligne joignant les deux épines iliaques antéro-supérieures. Ventre souple, non douloureux, hors le point affecté. Vomissements bilieux fréquents, constipation opiniâtre, pouls petit, dur, fréquent.

Le traitement calme la douleur, mais le ventre se ballonne, les signes s'aggravent ; mort quinze jours après le début des accidents.

A l'autopsie, on trouva un diverticule enflammé, gangréné. Les extrémités sont cachées et il forme une arcade sous laquelle s'engage l'iléon. Régulièrement piriforme le diverticule prend naissance à 20 pouces du cæcum. Quelques adhérences récentes détachées facilement l'unissent au mésentère et à l'anse introduite sous l'arcade. Les parois de cette anse sont saines, à peine injectées et distendues; cæcum et appendice sains.

OBSERVATION XIII

(Mauclaire)

H. B..., âgé de 54 ans, entre à l'hôpital Bichat, le 5 novembre 1903, salle Jarjavey n° 14, dans le service de M. Picqué que nous remplacions. Ce malade a eu plusieurs fois depuis quelques années des douleurs abdominales, qu'il qualifie de coliques, mais sans siège précis dans la fosse iliaque droite. C'est il y a trois jours que les même coliques reparurent et se compliquèrent de vomissements, d'abord porracés, de ballonnements surtout de la partie inférieure de l'abdomen, et d'absence d'émission de gaz et de matières par l'anus.

A l'examen du malade, on note une tendance à l'hypothermie, la température axillaire est de 36°5. Le facies est altéré ; le ventre n'est pas très ballonné ; l'augmentation de volume répond à la moitié inférieure surtout. La palpation est très douloureuse dans toute la zone sous-ombilicale, mais pas spécialement dans la fosse iliaque droite. Le gros intestin ne fait pas une saillie bien nette. Les vomissements porracés et fécaloïdes persistent.

Nous posons le diagnostic de péritonite généralisée, probablement d'origine appendiculaire, avec parésie intestinale par infection péritonéale. La laparotomie exploratrice s'impose.

Opération. — Le ventre ouvert tout d'abord sur la ligne médiane, nous trouvons les anses de l'intestin grêle très rouges, très distendues et très difficiles à maintenir réduites. Il n'y a pas d'épanchement suppuré dans l'abdomen, mais un peu de liquide louche dans le cul-de-sac de Douglas.

Etant donnée la distension des anses grêles, nous faisons une incision dans la fosse iliaque droite pour explorer l'appendice cæcal. Le cæcum est très distendu, très contourné sur lui-même. La recherche de l'appendice ilio-cæcal est difficile étant données la torsion du cæcum et la distension énorme des anses grêles. Il n'y

a pas de pus, ni de fausses membranes péricæcales. Nous abandonnons l'exploration de cette région pour revenir sur la ligne médiane explorer le petit bassin dans lequel nous percevions quelque chose d'anormal. En effet, dans la concavité sacrée, nous sentons comme une très grosse bride, assez molle, mais tendue, au-dessous de laquelle des anses grêles sont engagées, mais sans étranglement intestinal bien net, car au cours de ces explorations, nous n'avons vu aucune anse aplatie. Cette bride descend obliquement, à droite et en bas dans le pelvis contre la paroi duquel elle prend insertion. Tout à coup, en tirant légèrement sur elle, nous attirons au dehors un volumineux diverticule de Meckel, sans perforation ni sphacèle. Il est dépourvu de meso. C'est bien lui qui formait la bride sus-décrite. Ce diverticule est très volumineux, très distendu également, et autant que l'anse grêle sur laquelle il s'insère. Il mesure approximativement 7 centimètres de long sur 1 à 5 centimètres de large ; il est régulièrement cylindrique mais son sommet est comme bicorne. A ce niveau, au sommet des deux cornes très mousses, on note de légères érosions superficielles. Nous pensons qu'il s'agit dès lors d'une diverticulite de Meckel avec péritonite septique diffuse consécutive.

Comme nous l'avons déjà dit, le malade était déjà en légère hypothermie ; aussi pour aller au plus vite, nous drainons le petit bassin et par la ligne médiane sus-pubienne et par l'incision iliaque droite. Quant au diverticule, toujours très distendu malgré sa libération, nous invaginons partiellement son sommet de manière à le raccourcir d'un tiers et, par une suture séro-séreuse, nous maintenons cette invagination. La résection du diverticule très distendu aurait certainement demandé plusieurs minutes.

Les suites de l'opération ne furent pas heureuses. Le malade continua à se refroidir et il succomba douze heures après l'intervention.

Autopsie. — Nous constatons que l'appendice iléo-cæcal est normal non adhérent. Le diverticule de Meckel siège à 50 cm.

environ de la valvule iléo-cæcale. Il est unique. Rien de particulier à signaler à l'œil nu dans la cavité et les parois de l'intestin grêle et du diverticule. Dans la cavité péritonéale, on note toutes les lésions d'une péritonite septique diffuse.

(Voici les pièces qui conforment ce que nous avons observé à l'autopsie).

M. Blanc a bien voulu nous donner l'examen histologique suivant : on trouve des lésions inflammatoires et du diverticule de Meckel et du segment intestinal adjacent. L'épithélium de la muqueuse du diverticule est à peu près normal. Par place, les glandes sont envahies par l'infiltration embryonnaire. Le maximum des lésions est dans la joue folliculaire ; on y trouve des traînées de petites cellules rondes envahissant le chorion sous forme de placards ; il y a de la folliculite et de la périfolliculite.

Les coupes portant sur le segment intestinal adjacent au diverticule montrent qu'il est aussi atteint de lésions inflammatoires de même ordre mais atténuées.

OBSERVATION XIV

(Hilgenreiner)

Garçon de 18 ans, ayant depuis plusieurs années des coliques violentes dans le bas-ventre. De temps en temps selles diarrhéiques sanglantes. Ces coliques très violentes, paroxystiques, caractérisées par leur acuité maxima au voisinage et à droite de l'ombilic. L'avant-dernière crise l'oblige à rester au lit pendant deux mois et s'accompagna de constipation opiniâtre, sans fièvre et sans tumeur appréciable dans l'abdomen.

Au moment de l'entrée à l'hôpital : Facies anxieux, abdomen légèrement rétracté. A la palpation, parallèlement à la ligne blanche, à droite de l'ombilic, un empâtement de 6 cm. de long sur 3 de large, sensible à la pression, paraissant adhérer à la paroi.

Température normale.

Diagnostic. — Abcès dépendant de l'intestin, amenant de la sténose de cet organe et adhérant à la paroi antérieure du ventre.

Laparotomie. — Incision médiane ; on trouve un abcès siégeant dans la face interne de la paroi abdominale et se continuant avec un diverticule iléal à environ 1 mètre au-dessus de la valvule iléo-cæcale, et long de 7 cm. environ du calibre de l'intestin. Résection du diverticule et de son point d'attache au niveau de l'ombilic. Guérison.

Le diverticule au niveau de son attache présentait des parois très épaissies et une lumière étroite. A ce niveau on trouvait un abcès du volume d'un haricot, à parois ulcérées sur un fond de masses bourgeonnantes.

A l'examen histologique : à son extrémité existent une hypertrophie des glandes et des amas de cellules conjonctives. La muqueuse et une partie de la musculeuse sont détruites au niveau de l'ulcération. A la périphérie de l'abcès, infiltration inflammatoire légère.

OBSERVATION XV

(Ewing)

Homme de 37 ans, souffrant depuis l'enfance de crises abdominales douloureuses fréquentes. Il y a cinq ans, une crise plus forte a été diagnostiquée appendicite ainsi qu'une nouvelle il y a deux ans.

Depuis plusieurs semaines, sensations douloureuses dans la partie inférieure de l'abdomen mais pas de vraie crise douloureuse.

Celle-ci ne commence que vers midi le 27 septembre 1908, subitement par des douleurs vives. On applique de suite une

vessie de glace sans grand effet. Vomissement bilieux et douleurs très vives.

Douleur à gauche et sensibilité à la pression des deux côtés de l'hypogastre. Rigidité musculaire considérable, pareille des deux côtés. Pas de point douloureux très net. La paroi est très épaisse. Lavement savonneux après lequel la douleur diminue. — Pouls 92. Leucocytes 9.200. Température 37°9.

A 10 heures, douleur diminuée. Température 38°. Pouls 92.

Le lendemain matin, même situation. Leucocytes 12.000.

Sensibilité et rigidité des deux côtés de l'abdomen.

A 2 heures, opération. Incision sur l'appendice. Adhérences considérables. En essayant de les détacher, on voit arriver la portion terminale du grêle avec un diverticule de la taille d'une petite noix, attaché au mésentère et communiquant avec l'intestin. Il présente une inflammation aiguë mais pas de concrétions.

Parois minces ; pendant qu'on l'examine il gonfle brusquement au double de sa taille. On l'invagine dans l'intestin et on fait par dessus une double suture au fil de lin.

L'appendice peu enflammé fut enlevé.

OBSERVATION XVI

(Picqué)

R... Jean, âgé de 30 ans, entre le 10 mars 1897 à l'hôpital Dubois.

Bonne santé habituelle. Pas de troubles digestifs antérieurs.

Le 6 mars, le malade dîne comme à l'ordinaire, quoique se sentant déjà un peu mal à l'aise ; il va en soirée cependant. Là, il est pris brusquement de violentes coliques, siégeant au niveau de la région ombilicale. Il est obligé de rentrer et de se coucher.

Depuis ce moment, les douleurs sont continues, elles se sont étendues à tout l'abdomen. Le malade a pris le lit ; il n'a pas eu de selles ; quelques gaz par l'anus, pas de vomissements.

Très peu d'urine dans la vessie ainsi qu'on a pu s'en assurer par le cathétérisme.

A son entrée à l'hôpital, le malade est dans un état de prostration assez marquée, mais en pleine connaissance cependant. Le ventre est ballonné, saillant surtout au niveau de la région ombilicale ; la palpation est douloureuse, surtout au niveau de la fosse iliaque droite, où il y a de l'empâtement et de la submatité. Le maximum de la douleur ne siège pas au point de Mac Burney mais en un point situé notablement plus haut sur la même verticale.

Température normale. Pouls petit, fréquent. Extrémités légèrement cyanosées et refroidies.

Le malade a vu un médecin qui a pensé à une occlusion intestinale et qui l'a envoyé à l'hôpital pour y être opéré. Dès son entrée, à 10 heures du matin, nous voyons le malade et pensons aussi à une occlusion intestinale, dont nous ne pouvons déterminer la cause. M. Picqué cependant, après un examen très soigné, croit que l'on se trouve en présence d'une appendicite de variété postérieure, rétro-cæcale, se basant sur le siège de la douleur et sur l'empâtement de la fosse iliaque. Il décide une intervention d'urgence.

Opération. — Incision, au niveau de la fosse iliaque droite, de 15 centimètres, oblique en bas et en dedans. Après l'ouverture du péritoine, il s'écoule une sérosité roussâtre, assez abondante, fétide. Exploration de l'intestin grêle, du cæcum, de l'appendice, qui sont trouvés normaux. On a avec la main la sensation d'une bride étranglant une portion de l'intestin, mais cette bride siégeant trop haut pour pouvoir être atteinte ainsi, on referme la plaie latérale pour refaire une laparotomie médiane. L'incision va de l'ombilic à la symphise pubienne ; on déroule les anses intestinales, on découvre la bride qui est formée par un canal ampullaire, dilaté, s'insérant à l'intestin grêle par son pédicule et venant s'attacher par son extrémité libre à une anse intestinale située

plus bas ; ce canal est un diverticule intestinal formant un anneau, par où passe une anse congestionnée, dilatée, en voie d'étranglement. On détruit les adhérences de l'extrémité inférieure, on résèque le pédicule au voisinage de son insertion, entre deux ligatures. M. Picqué examine de nouveau les anses intestinales et après s'être assuré qu'il n'existe pas de perforation, il referme le ventre. Mais à ce moment, les anses intestinales très distendues par les gaz s'échappent de l'abdomen au fur et à mesure qu'on veut les y faire rentrer ; on y arrive cependant avec beaucoup de peine. Suture de la paroi abdominale sur trois plans.

L'opération a duré environ une heure et demie.

Le malade est revu plusieurs fois dans la journée, son état ne s'est pas aggravé. Le soir, la température est normale. A 11 h. 1/2, le malade est calme, il ne souffre pas : son pouls est fréquent, mais assez plein.

Le lendemain matin, la peau est refroidie, le pouls est fréquent et très petit. On fait une injection intra-veineuse de sérum de Hayem (1 litre) dans la saphène droite. Immédiatement, le pouls, qui était imperceptible, se relève. Le malade, qui était affaissé et demi-comateux, se réveille et se met à parler.

Mais bientôt il retombe dans le coma et meurt à midi et demi.

Le lendemain, ne pouvant faire une autopsie régulière, on rouvre le ventre. On constate alors ce qui suit : les anses intestinales sont dilatées, très congestionnées : en aucun point il n'existe de perforation, ni de menace de perforation.

Le pédicule du diverticule s'insérait sur le bord libre de l'intestin, à un point distant de 90 centimètres de la terminaison de l'iléon : son extrémité inférieure était adhérente au bord gauche du mésentère, au voisinage de l'iléon, à 15 centimètres de sa terminaison. L'anse comprise entre les deux points d'insertion (75 centimètres) était en voie d'étranglement.

Il n'y a pas de pus, ni de fausses membranes, dans le péritoine,

mais de la sérosité louche. Le sujet ne présente pas de malformations congénitales.

L'examen du diverticule fait après l'opération l'avait montré très distendu par du liquide, qu'on avait recueilli avec une pipette avant d'ouvrir le diverticule. Ce liquide est très fétide, analogue à celui qui s'était échappé du péritoine lors de l'incision. La cavité du diverticule est libre, non cloisonnée, elle ne renferme pas de corps étranger ; en deux points, les parois sont ulcérées sur la face muqueuse, elles sont très amincies et en voie de perforation, l'ulcération se faisait de la muqueuse vers la séreuse.

La sérosité péritonéale n'avait pu être recueillie à temps pour être cultivée. Mais la sérosité intradiverticulaire a été cultivée sur bouillon, sur gélose, et sur bouillon lactosé. On a obtenu des cultures pures de coli-bacille.

L'examen microscopique de la paroi de la poche a été fait par M. le Dr Ménétrier, de l'hôpital Dubois. Il a montré qu'elle était formée de quatre tuniques, muqueuse, celluleuse, musculeuse et séreuse, analogues à celles de l'intestin grêle. Ce diverticule était donc bien un diverticule de Meckel. De plus, il y a des lésions inflammatoires très accentuées au niveau de la muqueuse, de la celluleuse et jusque dans la musculeuse. Il y a une infiltration leucocytaire diffuse et par places, de petits foyers hémorragiques ; un certain nombre de cellules épithéliales sont nécrosées.

OBSERVATION XVII

(Keblaud)

Un homme de 48 ans, caissier, n'ayant dans ses antécédents que des coliques hépatiques, présentait depuis plusieurs mois des poussées de petites coliques sourdes débutant vers le milieu du ventre et irradiant en tous sens. Ces coliques duraient peu de temps sans diarrhée ni vomissements. Depuis les dernières semaines elles se sont rapprochées sans changer de caractères.

L'avant-veille de l'entrée du malade, vers le soir, une crise douloureuse particulièrement violente se produit. Les douleurs à siège sous-ombilical furent particulièrement vives, accompagnées cette fois d'un état nauséeux très accentué et d'arrêt complet des matières et des gaz, mais il ne semble pas, d'après le récit du malade que le ventre fut ballonné en ce moment.

Le lendemain matin, le malade prend une purgation, qui fut tolérée, mais sans effet.

La nuit suivante fut fort agitée ; il y eut insomnie complète, l'état nauséeux fait place à des vomissements alimentaires puis bilieux. Le ventre commence à se ballonner. L'état du malade devient anxieux et il est admis à l'hôpital Rotschild deux jours francs après le début des accidents.

A l'examen le lendemain : Facies légèrement altéré, traits un peu tirés et non anxieux, teint normal, respiration légèrement accélérée. Ballonnement considérable de l'abdomen très douloureux à la palpation dans la région sous-ombilicale surtout, irradiant à tout le ventre.

A la percussion, tympanisme.

Pas de péristaltisme.

Rien au toucher rectal.

Température, 37°8. Pouls, 112. Urines normales.

Diagnostic. — Occlusion intestinale.

L'opération est d'abord refusée, puis dans la nuit surviennent des vomissements fréquents et noirâtres ; l'état général s'altère rapidement.

Le lendemain, état très grave, facies plombé, pouls petit et très rapide. Température ne dépasse guère 37°8.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le péritoine ouvert, s'écoule une petite quantité de liquide louche.

Les anses intestinales très distendues, injectées, mais sans enduit fibrineux.

En écartant la lèvre droite de l'incision, se présente une anse

grêle portant appendu à son bord libre un corps piriforme, d'aspect uniformément violacé, d'environ 6 à 7 cm. de longueur, complètement libre. C'est un diverticule de Meckel à extrémité libre, gangréné dans sa totalité, énormément distendu par du liquide, et dont la gangrène s'arrête directement au niveau du point d'implantation n'empiétant nullement sur l'anse grêle qui présente le même aspect que le reste de l'intestin.

Ligature du point d'implantation. Enfouissement à la soie.

Suture de la plaie. Drainage.

Après l'intervention, l'état de l'opéré ne s'améliore pas. Les vomissements continuent, la température monte à 39°.

Mort quelques heures après l'intervention.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

Vu :
Nancy, le 9 Juillet 1913.
Le Président de Thèse,
WEISS.

Vu :
Nancy, le 10 Juillet 1913.
Le Doyen,
GROSS.

Vu et permis d'Imprimer :
Nancy, le 12 Juillet 1913.
Le Recteur de l'Académie,
Ch. ADAM,
Correspondant de l'Institut

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Aschan. — *Finska lækaresællsk Handlung*. Helsingfors, 1909. Diverticule de Meckel perforé par un corps étranger.

Augier. — Thèse de Paris, 1888. Contribution à l'étude du diverticule de Meckel.

Bienvenue. — Thèse de Paris, 1911-1912. Diverticulite et occlusion intestinale diverticulaire.

— Société anatomique de Paris, janvier 1912. Remarque sur deux cas de diverticulite avec occlusion.

Blanc. — Thèse de Paris, 1898-99. Contribution à la pathologie du diverticule de Meckel.

Chevalot. — Thèse de Nancy, 1894. Étranglement interne par le diverticule de Meckel.

Dapfner. — *Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1911, CIX. Beiträge zur Kenntnis der Meckelschen Divertikels.

Dreifuss. — *Centr. Bl. f. die Grenzgebiete der Méd. u. Chir.*, 1905, II. Das Diverticulum ilei.

Ewing. — *Jour. an. Chicago*, 1908. Inflammation of Meckels' divert. simulating Appendicitis.

Forgue et Riche. — Le diverticule de Meckel. Son rôle dans la pathologie et la thérapeutique abdominale, 1907.

Galeazzi. — *Gazetta Med. di Torino*, 1898, n° 9.

De Græuwe. — *Annales de la la Société belge de Chirurgie*, Janvier 1911. Diverticule de Meckel perforé, ayant provoqué une péritonite généralisée.

Hilgenreiner. — *Beitrag f. Klinisch. Chir.*, XI, 1903, Diverticulite chronique à rechutes.

Kijewski. — *Gazetta Lekarka*, 1908.

Kammerer. — *Annals of Surgery*, 1897, p. 179.

Köhler. — Fortschritte der Medicin, 1901, n° 8.

Kræmer. — *Centralbl. fur Chirurgie*, 1898, n° 20.

Kœrte. — *Deutsche Medicinische Wochenschrift*, 1898, XXIV.

Lejars. — *Semaine Médicale*, 14 juin 1911. Les diverticulites chroniques d'emblée.

Mauclaire. — Société anatomique de Paris, novembre 1903. Diverticulite de Meckel avec péritonite généralisée.

Mauclaire et Douay. — *Arch. Génér. de Chirurgie*, Paris, 1909. Appendicite et diverticulite concomittantes.

Meyer. — *Deutsche Zeitschrift fur Chirurgie*, 1912. Beitrag zur Kenntnis der Entzundung der Meckelschen Divertikels

Patel. — *Lyon Médical*, 1906. Diverticulite de l'intestin grêle.

Piquant et Grenet. — *Bulletin de la Société anatom.*, avril 1900.

Picqué et Guillemot. — *Bulletin médical*, 31 mai 1899.
— Congrès de Chirurgie, 1897.

Potier. — Société Anatomique de Paris, janvier 1912. Diverticulite et appendicite.

J.-A. Prince. — *Medical News.*, janvier 1913.

Simon. — *Med. Klinis.*, août 1908. Perforation eines Meckelschen's Divertikels.

Walther. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, janvier 1903. Diverticulite avec péritonite localisée simulant une appendicite. Résection du diverticule et guérison.

Wherry. — *The Lancet*, août 1901. A case of intestinal obstruction and péritonitis from gangrenous M. Divertikulum ; recovery.

Wittch. — Thèse de Munich, 1908. Diverticulite subaiguë et appendicite.

Zimmermann. — *Deutsch Med. Woch.*, 1903, n° 1.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

CHAPITRE I. — Embryologie et définition 5

CHAPITRE II. — Historique 7

CHAPITRE III. — Etiologie 9

CHAPITRE IV. — Pathogénie. 17

CHAPITRE V. — Anatomie pathologique 21

CHAPITRE VI. — Etude clinique. 27

CHAPITRE VII. — Pronostic et traitement 45

OBSERVATIONS 49

BIBLIOGRAPHIE 63

IMPRIMERIE ALBERT BARBIER, 4, QUAI CHOISEUL, NANCY.